

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Direction de la Population



المملكة المغربية
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⵔⴷⵓⵔ

وزارة الصحة
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵔⴰⵎⴰⵙⵜ

مديرية السكان
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵔⴰⵎⴰⵙⵜ

PROGRAMME NATIONAL D'IMMUNISATION : ÉVOLUTION ET PERSPECTIVES

Dr K. LAHLOU
Directeur de la population
Casablanca janvier 2016

Plan

- I. Evolution du calendrier de vaccination au Maroc
- II. Acquis du Programme National d'Immunisation
- III. Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite
- IV. Stratégie Nationale d'élimination de la rougeole et du contrôle de la rubéole
- V. Perspectives et Défis du PNI

INTRODUCTION

- Le Maroc est parmi les pays qui connaissent une triple transition : épidémiologique, nutritionnelle et démographique.
- Engagement soutenu en faveur des SSP (Déclaration d'Alma Ata 1978 et de Buenos Aires 2008).
- Engagement en faveur du droit à la santé et le droit à la vie [art. 20] qui comprend également la lutte contre les mortalités évitables
- Rôle prépondérant du secteur public en matière de vaccination soutenu par un secteur privé en plein essor.
- De nombreuses réformes en cours notamment en matière de financement.

La vaccination au Maroc : Histoire dynamique d'un programme efficace et efficient

Période avant le Programme Elargi de Vaccination (PEV)

1929

1980



Période du PEV

1981

1987



Période du PNI

1987

1999



Période de redynamisation du PNI

1999

2010



Période de renforcement du PNI :

A partir de 2010

Le calendrier nationale de vaccination

- Engagement politique du gouvernement
- Validé par le Comité National Technique et Scientifique Consultatif de Vaccination
- Sujet de révisions en cas de :
 - Modifications des stratégies de vaccination
 - Incorporation de nouveaux vaccins
 - Harmonisation avec les recommandations OMS-EMRO
- Publié dans les documents officiels du Ministère de la Santé
- Incorporé au carnet de santé de l'enfant
- Harmonisé en grande partie avec celui du secteur privé

Evolution du calendrier National de vaccination : 1987-1998

❖ la vaccination contre les 6 maladies cibles

AGE DE L'ENFANT	Vaccins
A la naissance	BCG + VPO zéro*
6 semaines	DTC1 + VPO1
10 semaines	DTC2 + VPO2
14 semaines	DTC3+ VPO3
9 mois	VAR*

Evolution du calendrier National de vaccination : 1998-2015

- **l'hépatite B**
- **Haemophilus influenzae b**
- **Pneumocoque**
- **Rotavirus**
- **Deuxième Rappel DTCP**
- **Pentavalent**
- **Deuxième dose du vaccin antirougeoleux en utilisant de RR**
- **Remplacement du vaccin VAR par le RR**
- **Vaccin antipoliomyélitique inactivé**

Calendrier National de vaccination : 2015

Vaccinations recommandées chez les enfants de moins de 5 ans en 2015

Antigènes	Naissance	Durant le premier mois	2 Mois	3 Mois	4 Mois	9 Mois	12 Mois	18 Mois	5 ans
Age Vaccin contre l'hépatite B (HB)	HB1n (24h) administrée à la maison d'accouchement ou maternité hospitalière ou clinique privée.								
	Dose non administrée durant les 24 heures	Dose 1							
Vaccin anti BCG (tuberculose)		Dose 1							
Vaccin anti Polio Oral		Dose 0	Dose 1	Dose 2	Dose 3			Dose 4	Dose 5
Vaccin anti Pneumococcique			Dose 1		Dose 2		Dose 3		
Vaccin anti Rotavirus (Série de 3 doses)			Dose 1	Dose 2	Dose 3				
Vaccin anti DTC-Hib-HB (Vaccin Pentavalent)			Dose 1	Dose 2	Dose 3				
VPI					Dose 1				
Vaccin combiné RR						Dose 1		Dose 2	
Vaccin anti DTC								Rappel 1	Rappel 2

Calendrier National de vaccination : 2015

Vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer

DOSES	QUAND
VAT1	Dès que possible chez la femme en âge de procréer ou le plus tôt possible au cours de la grossesse.
VAT2	Au moins quatre semaines après le VAT1
VAT3	Au moins six mois après le VAT2 ou au cours d'une grossesse ultérieure
VAT4	Au moins un an après le VAT3 ou au cours d'une grossesse ultérieure.
VAT5	Au moins un an après le VAT4 ou au cours d'une grossesse ultérieure.

Populations cibles et stratégies d'intervention

•Populations cibles :

Population cible	Effectif 2015	Antigènes
Enfants < 5 ans	3 016 136	12
Femme en âge de procréation (15-49 ans)	9 275 510	01

•Stratégies d'intervention :

- Le mode fixe au niveau 2760 Etablissements de Soins de Santé de Base;
- Le mode mobile;
- Des campagnes de vaccination : National ou mini-campagnes.

Acquis du PNI

En terme de mortalité :

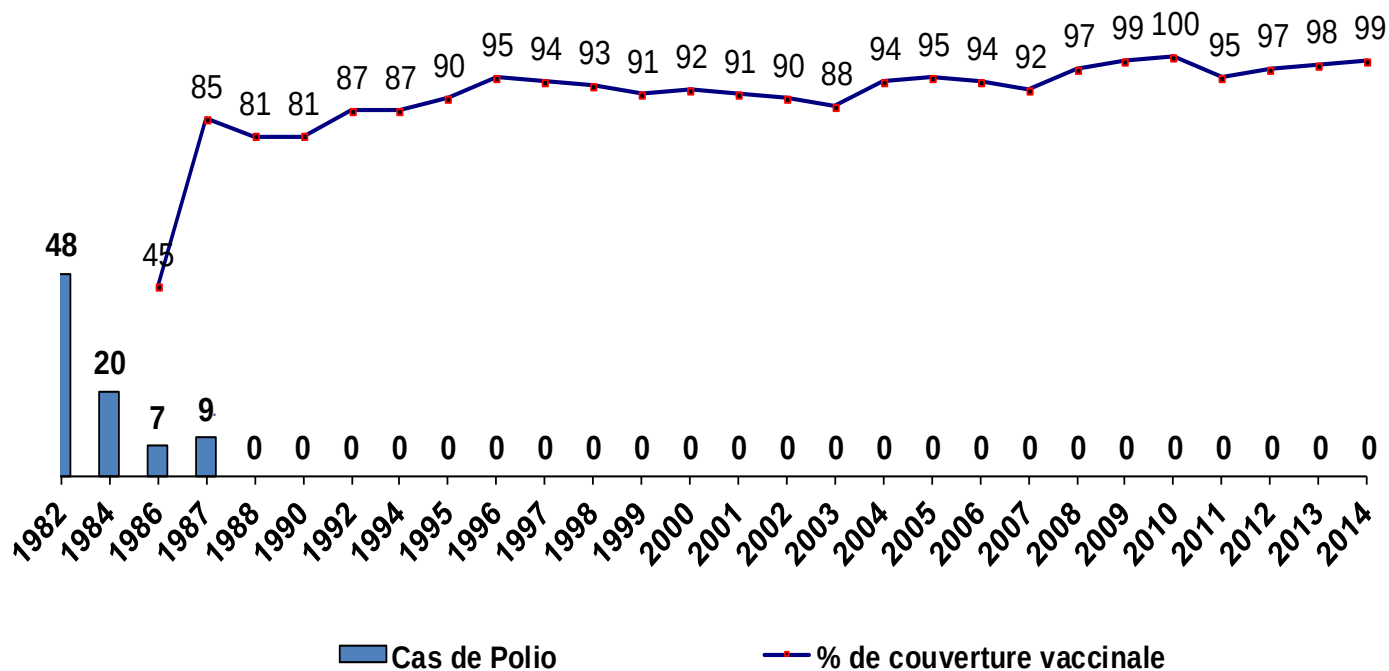
- Contribution majeure à la réduction de la mortalité infanto-juvénile qui a régressé :
 - de 95% pour le tétanos;
 - de 84% pour la rougeole;
 - de 86 % pour la coqueluche chez les enfants de un à 12 mois,

En terme de morbidité :

- Le Maroc est le premier pays à avoir validé la certification de l'élimination du tétanos néonatal en **2002** (Région EMRO).
- Aucun cas de poliomyélite n'a été déclaré depuis **1987** : dossier d'éradication de la poliomyélite prêt pour la certification.
- Aucun cas de diphtérie depuis **1992**.
- Diminution des cas de méningites à *Haemophilus influenzae b* depuis son introduction en 2007.
- Contrôle de la rougeole et élimination en perspective ainsi que du syndrome de rubéole congénitale.

Acquis du PNI (suite)

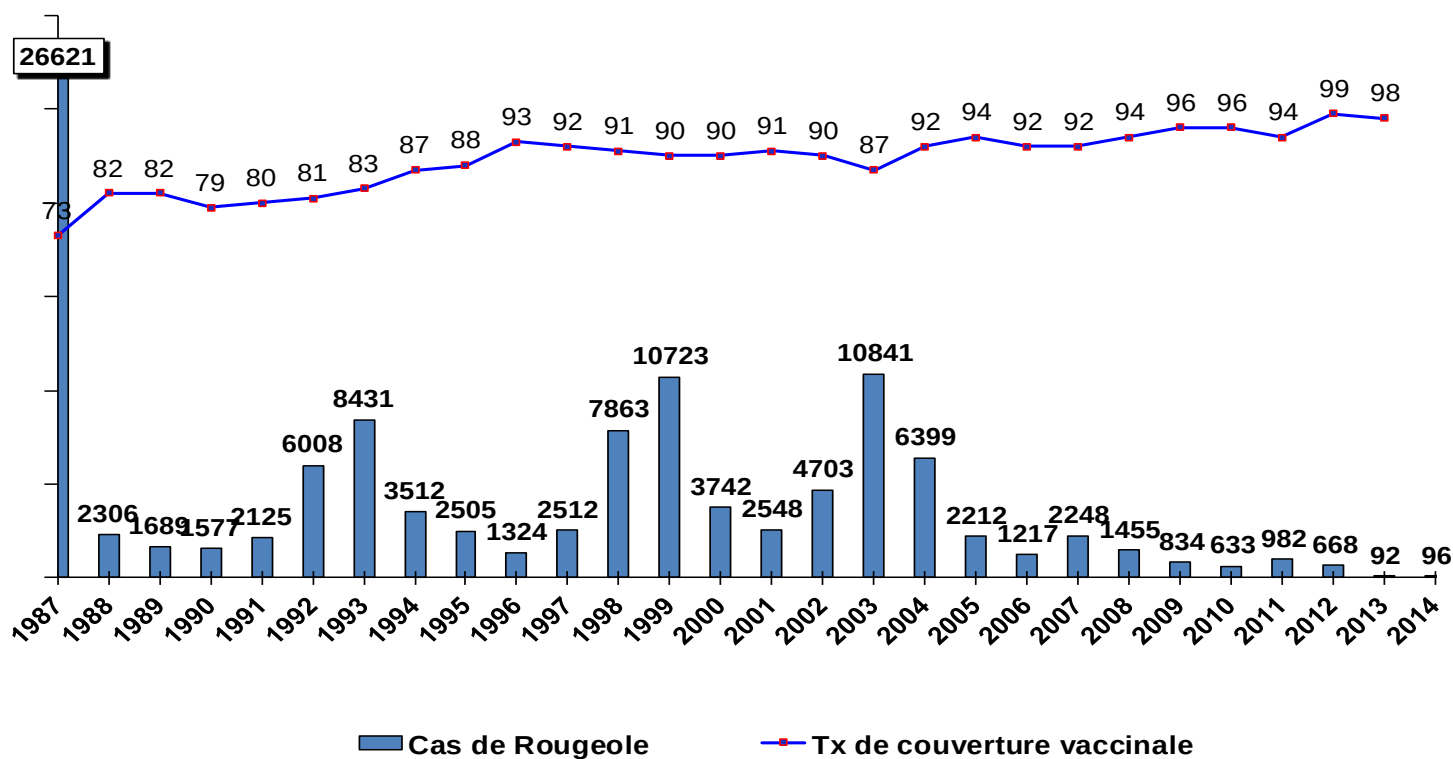
Impact de la couverture vaccinale par le VPO3 sur la situation des cas de poliomyélite **(1982/2014)**



Aucun cas n'a été enregistré depuis 1987

Acquis du PNI (suite)

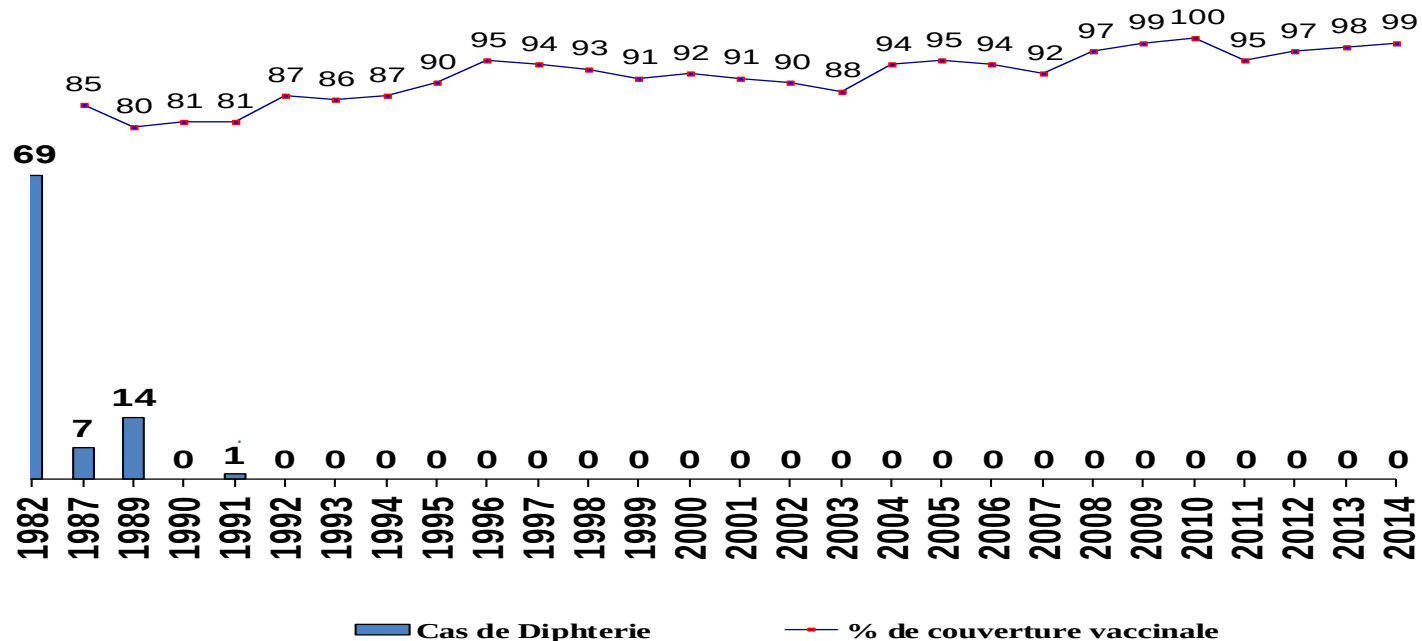
Impact de la couverture vaccinale par le VAR sur la situation des cas de fièvres éruptives
(1987/2014)



Diminution des cas de rougeoles depuis 2008

Acquis du PNI (suite)

Impact de la couverture vaccinale par le DTC3 sur la situation des cas de diphtérie
(1982/2014)



Aucun cas n'a été enregistré depuis 1991

Comité National Technique et Scientifique Consultatif de Vaccination

Décrété par décision Ministérielle

Mission :

- ✓ ***Donner un avis*** scientifique et technique sur :
 - la politique nationale de vaccination ;
 - les dernières avancées, innovations et recommandations scientifiques en matière de vaccination
 - les besoins en matière de révision du calendrier National de Vaccination.

- ✓ **Le comité peut apporter sa contribution** aux campagnes d'information et de plaidoyer en faveur de la vaccination.

Comité National Technique et Scientifique Consultatif de Vaccination

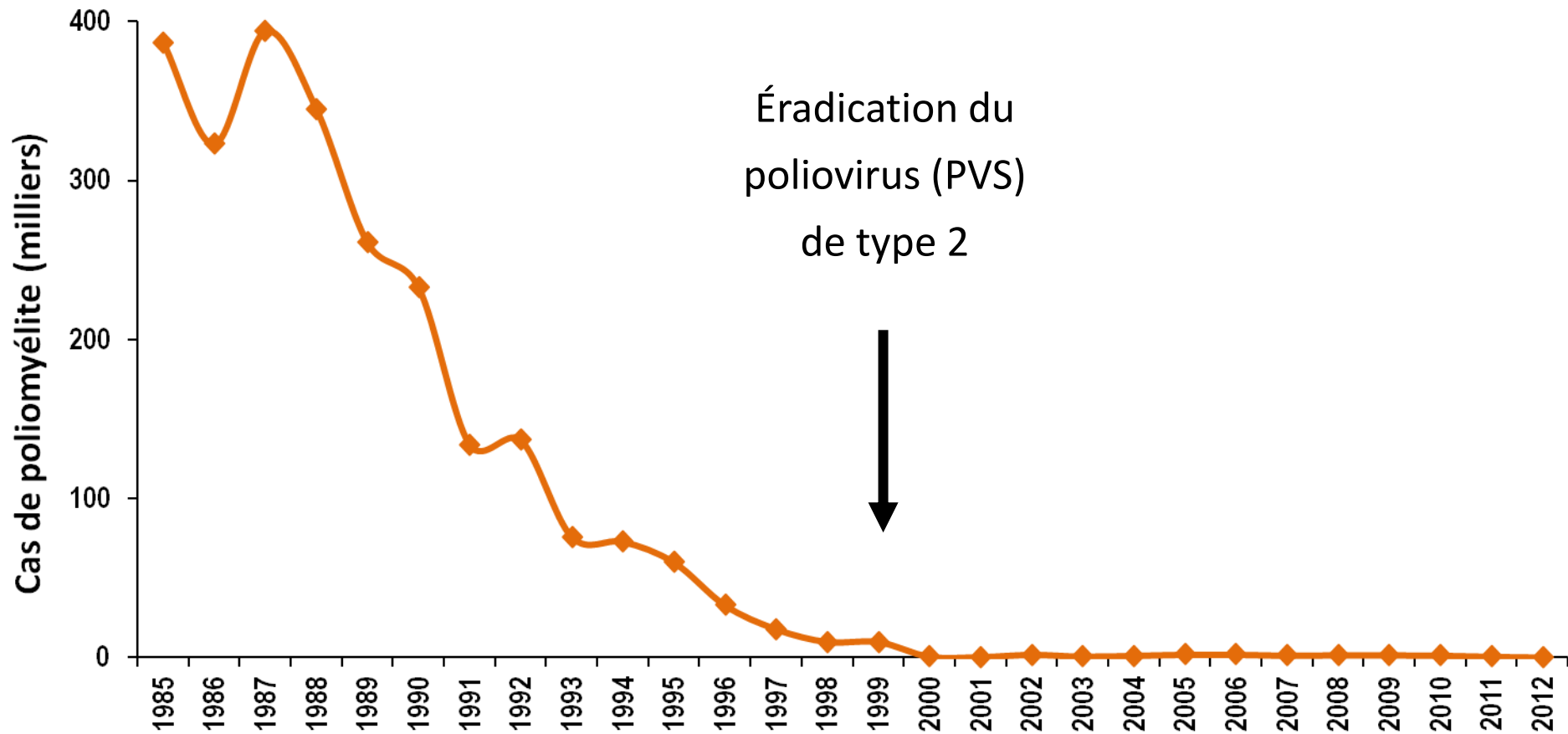
Composition :

- ❖ Des membres experts du **secteur public ou du secteur privé**
- ❖ Des membres ès-qualités relevant du **Ministère de la santé** ou des **établissements placés sous sa tutelle**
- ❖ Des membres ès-qualités représentant des **Ordres professionnels et des associations civiles ou savantes**
- ❖ Le Comité peut inviter toute personne dont la présence est jugée utile en raison de sa compétence dans une question figurant à l'ordre du jour de la réunion pour assister à ses travaux à titre consultatif
- ❖ Le Comité se réunit sur convocation du Ministre de la Santé chaque fois que c'est nécessaire et au moins deux fois par an. Il prend ses décisions à la majorité des voix des membres présents, la voix du président étant prépondérante en cas de partage égal des voix.

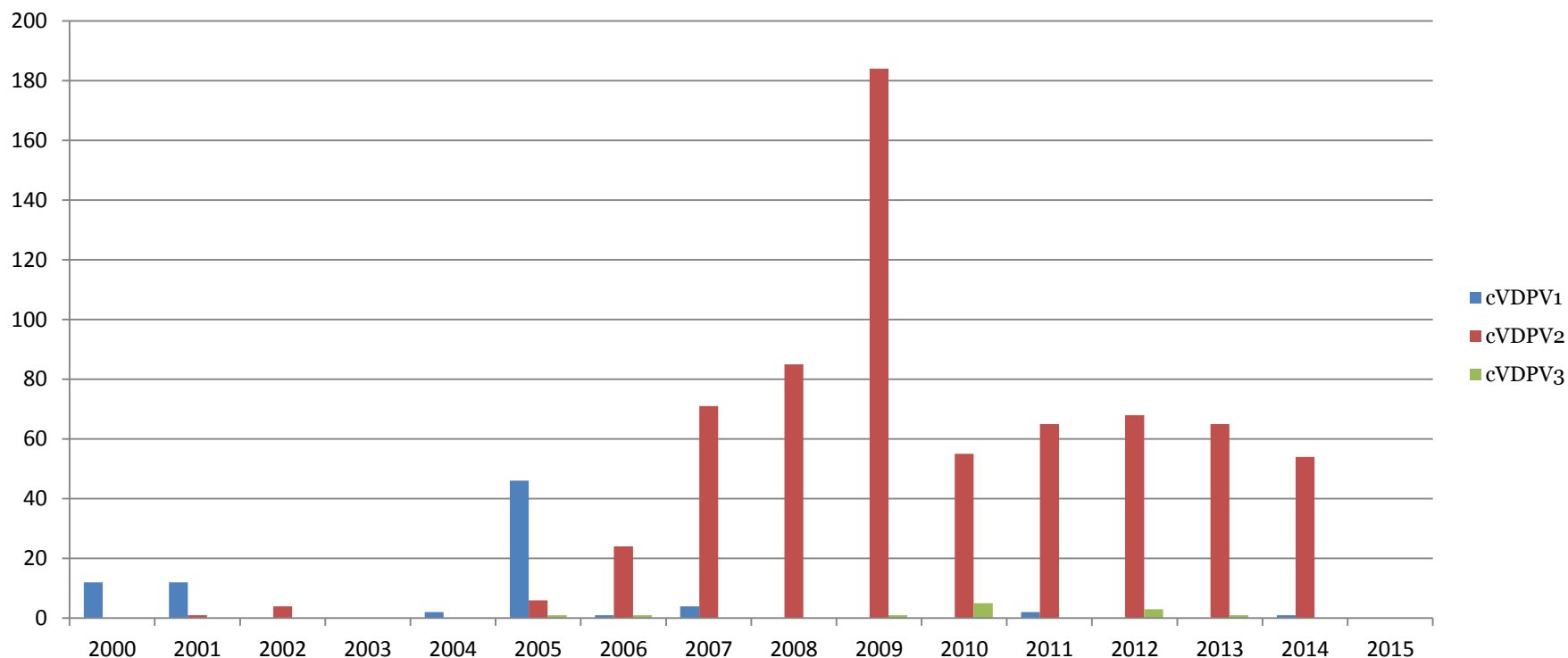
Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018

- Introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI)
- Passage du VPOt au VPOb : ***le switch***

Enfants paralysés par la poliomyélite dans le Monde



Nombre de Cas de poliovirus d'origine vaccinale 2000-2014



La composante **de type 2 du VPOt** a été responsable de >90 % de tous les poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale (PVDVc) au cours des dernières années

Résolution WHA65.5 de l'Assemblée mondiale de la Santé

« **Déclare [...]** l'éradication du poliovirus urgence programmatique pour la santé publique mondiale [...] »

[...] « Prie le Directeur général d'entreprendre [...] la mise au point définitive rapide d'une stratégie globale pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale [...] »

« [...] [et] d'informer *les États Membres du calendrier éventuel d'un passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin bivalent* pour tous les programmes de vaccination systématique »

(mai 2012)

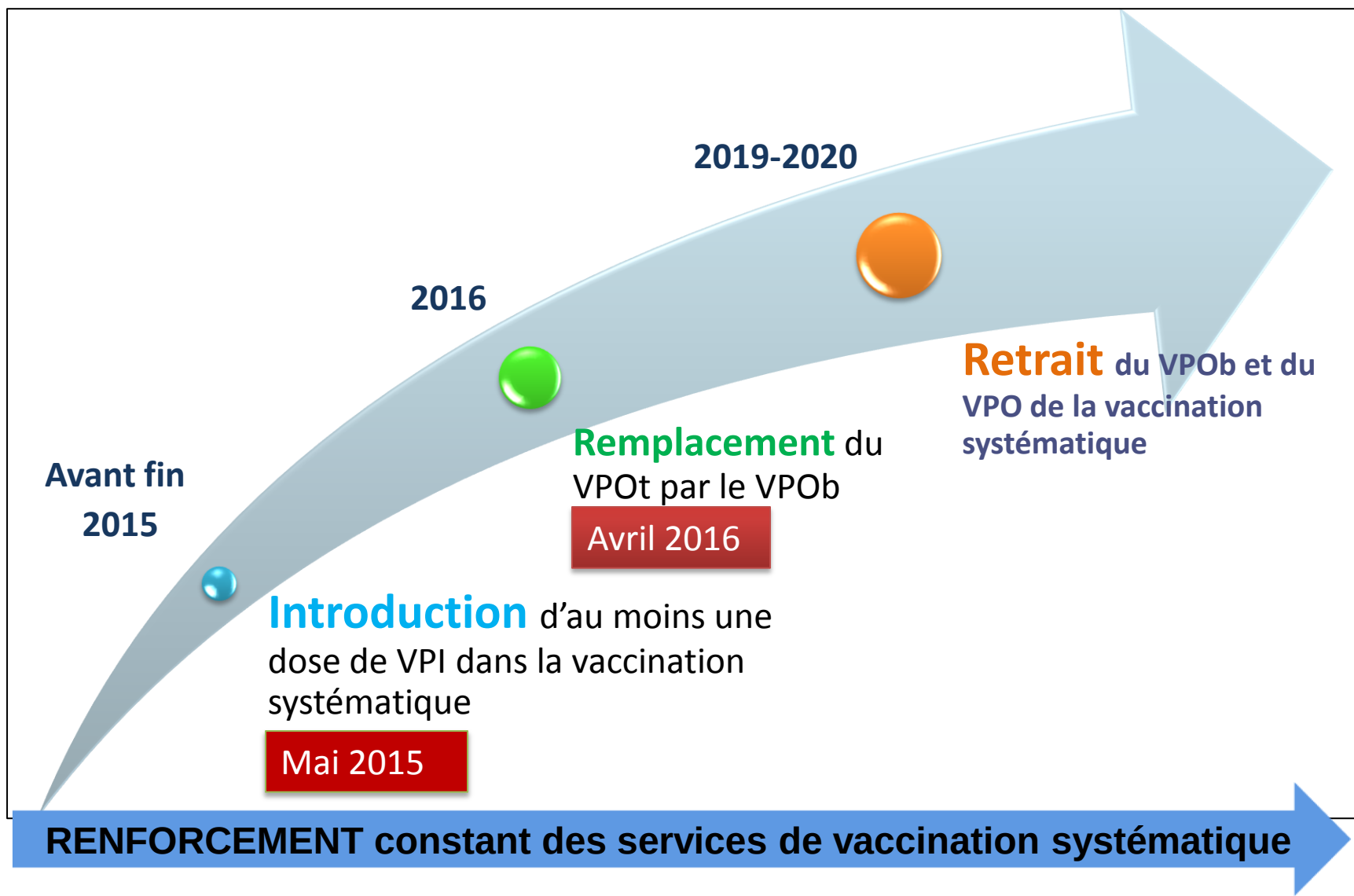
Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018

Objectif :2

- Renforcement des systèmes de vaccination,
- Introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), et
- Retrait des vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO



3 étapes pour la réalisation de l'objectif 2



Raisons du remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent

Actuellement, les risques associés à la composante de type 2 du VPOt l'emportent sur les bienfaits

- **Le poliovirus sauvage de type 2 n'a pas été détecté depuis 1999**
- **La composante de type 2 du VPOt :**
 - est à l'origine de plus de 90 % des cas dus aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc)
 - est à l'origine de 40 % environ des cas de poliomyélite paralytique associée à la vaccination
 - interfère avec la réponse immunitaire au poliovirus de type 1 et de type 3 dans le VPOt
- **L'introduction du VPI permettra :**
 - de réduire les risques associés au retrait du VPO de type 2
 - de faciliter l'interruption de la transmission, avec l'utilisation du VPO de type 2 monovalent en cas de flambée
 - de parvenir plus vite à l'éradication en renforçant l'immunité vis-à-vis des poliovirus de type 1 et de type 3

Passage du VPOT au VPOb

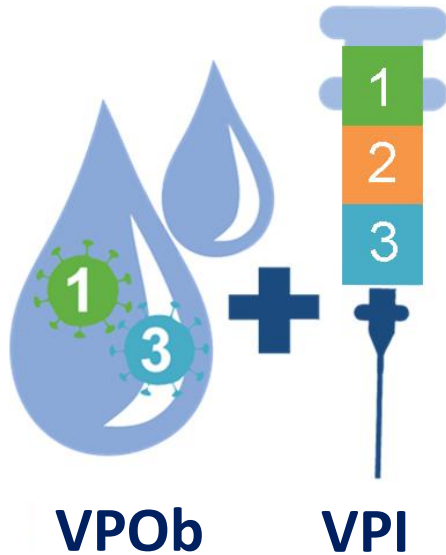


- Le VPOT et le VPI protègent contre les poliovirus de types 1, 2 et 3.

- Le VPOb et le VPI protègent contre les poliovirus de types 1, 2 et 3.
- Le VPOb présente un risque inférieur de PVDVc.

VPOb et VPI

Après avril 2016



- Le VPOb remplace simplement le VPOt : suit le même calendrier de vaccination que le VPOt, et il a les mêmes caractéristiques d'administration.
- Le VPI conférera une protection contre la poliomyélite de type 2 après le retrait de la composante de type 2 du VPO.
- Le VPI confère également une protection supplémentaire contre les sérotypes 1 et 3.

Remplacement du VPOT par le VPOb: Synchronisation et planification au niveau mondial

- Les 156 pays et territoires utilisant le VPO doivent procéder au remplacement du VPOT par le VPOb **dans un délai de 2 semaines (du 17 avril au 1^{er} mai 2016).**

Stratégie Nationale d'élimination de la rougeole et du contrôle de la rubéole

Objectif:

Éliminer la rougeole et contrôler la rubéole à l'horizon de 2020

5 axes stratégiques :

Axe 1 : Instaurer et maintenir une couverture vaccinale par le vaccin anti rougeoleux de plus de 95%.

Axe 2 : Veiller à ce que tous les enfants ayant une deuxième dose de vaccin anti- Rougeoleux >95% :

- Soit à l'occasion d'une deuxième dose systématique

- Soit à l'occasion d'activité de vaccination supplémentaire

Stratégie Nationale d'élimination de la rougeole et du contrôle de la rubéole

Vaccination contre la rougeole

La première dose :

- En 1987 utilisation du VAR à 9 mois

La deuxième dose :

- Campagnes de vaccination en 2008 et 2013 (91,2%)
- Vaccination de routine en 2014 : introduction en Mai 2014



- Discuter le passage de la première prise de 9 mois à 12 mois tenant compte des niveaux de transmission de la rougeole
- Introduire par la suite, à cet âge, le vaccin anti-ourlien.

Stratégie Nationale d'élimination de la rougeole et du contrôle de la rubéole

✓ Situation de la rougeole au Maroc par rapport aux critères d'élimination de l'OMS

Critères d'élimination de l'OMS	Situation du Maroc				
	2010	2011	2012	2013	2014
Incidence de la rougeole/ < 1 cas /million d'habitants	18	21	26	2.8	0,4
Au moins 80% des épidémies comptent moins de 10 cas	8 foyers épidémiques	7 foyers épidémiques	6 foyers épidémiques	1 foyer épidémique	Pas de foyer épidémique

Perspectives du PNI: Vaccination contre le papillomavirus humain

Note de synthèse de l'OMS, octobre 2014

L'OMS reconnaît l'importance du cancer du col de l'utérus et d'autres maladies liées au PVH en tant que problèmes de santé publique mondiaux et réitère sa recommandation d'introduire les vaccins anti-PVH dans les programmes de vaccination nationaux, **sous réserve** que:

- la prévention du cancer du col et/ ou d'autres maladies liées aux PVH constitue une priorité de santé publique;
- l'introduction de ces vaccins soit faisable sur le plan programmatique;
- un financement durable puisse être assuré; et
- le rapport coût/efficacité des stratégies de vaccination dans le pays ou la région soit pris en compte.

Le vaccin anti-PVH quadrivalent, comme le vaccin bivalent, présentent d'excellents profils d'innocuité et d'efficacité.

Vaccination contre le papillomavirus humain

Avis du Comité National Technique et Scientifique de Vaccination :
(24 septembre 2010)

- La nécessité d'élaborer un dossier de plaidoyer pour consolider la décision d'adoption du vaccin contre le HPV.
- Le protocole proposé consiste à vacciner les filles âgées de 11 ans .
- L'administration du vaccin doit se faire en milieu scolaire.
- L'inscription de la vaccination contre le HPV en tant que prévention contre le virus responsable du cancer du col de l'utérus et jamais en tant qu'agent d'infection sexuellement transmissibles .
- L'intérêt de la vaccination est d'autant plus grand que l'on vaccine tôt et avant toute activité sexuelle.
- La vaccination ne se substitue en aucun cas au dépistage du cancer du col utérin avec lequel elle doit être combinée.

Autres perspectives du PNI

- Révision des recommandations vaccinales actuelles concernant la valence coquelucheuse
 - ✓ Coquelucheux **acellulaire** dans la primo vaccination , les rappels et en milieu professionnel .
- Utilisation de formes combinées de vaccins.
- Introduction de la vaccination contre la grippe, l'hépatite A ...
- Mettre en place un calendrier de rattrapage et pour les situations particulières en vaccination.
- Mettre à jour certaines schémas vaccinaux

Défis du futur du PNI

- Maintenir une **couverture vaccinale** uniforme supérieure ou égale à 95% à tous les niveaux.
- Introduire de **nouveaux antigènes et rappels**.
- Interrompre la **transmission** du polio sauvage.
- Atteindre la cible mondiale en matière d'**élimination** du tétanos, le rougeole et le SRC (2020).
- Prioriser les populations vulnérables et d'**accès** difficile.
- Assurer un **approvisionnement de qualité**.
- Autres défis: extension (population cibles et morbidités)
qualité - coordination collaboration et partenariat.

**Merci pour votre
aimable attention**